



УДК 616.12-07/614.1

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТИПИЧНЫХ ФОРМ
ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ****EPIDIMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF NON-TYPICAL FORM
OF MYOCARDIAL INFARCTION IN BELGOROD REGION****О.А. Ефремова, И.С. Семикопенко, Т.А. Рыбасова, В.Н. Кушнарченко
O.A. Efremova, I.S. Semikopenko, T.A. Rybasova, V. N. Kushnarenko**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85
Belgorod National Research University
308015, Belgorod, Pobedy St., 85*

E-mail: efremova.bgu@gmail.com

*Ключевые слова: инфаркт миокарда, атипичные формы, эпидемиология, топическая диагностика.
Key words: myocardial infarction, atypical forms, epidemiology, topical diagnostics*

Аннотация. Актуальность проблемы. Качество догоспитальной диагностики инфаркта миокарда остается серьезной проблемой при оказании медицинской помощи пациентам. Одной из объективных причин этих ошибок является атипичная клиническая картина заболевания.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологическую характеристику больных атипичными формами инфаркта миокарда.

Результаты исследования: Был проведен анализ историй болезни у 52 пациентов с атипичными формами инфаркта миокарда. Мужчин - 37 (71.15%), средний возраст - 60 лет; женщин - 15 (28.85%), средний возраст - 56 лет. В зависимости от наличия инфаркта миокарда в анамнезе обследуемые распределились следующим образом: первичный - 36 (69.23%), повторный - 12 (23.08%), рецидивирующий - 3 (5.77%). Среди обследуемых абдоминальная форма атипичного течения отмечалась в 12 (23.08%) случаях, астматическая - в 10 (19.23%), церебральная - в 14 (26.92%), безболевая - в 4 (6.41%), аритмическая - в 4 (6.41%), периферическая с атипичной локализацией боли - в 9 (17.95%). Наиболее частым расположением очага некроза стали задняя стенка левого желудочка (44.87%) и сочетание локализаций (23.08%). Большинство больных страдали гипертонической болезнью (36 - 69.23%), а также сахарным диабетом 2 типа (14 - 26.92%). Течение атипичных форм инфаркта миокарда осложнилось хронической сердечной недостаточностью в 75% случаев. Таким образом, вероятность развития атипичной формы инфаркта миокарда повышена у лиц мужского пола возрастной группы от 56-70 лет длительно страдающих гипертонической болезнью или сахарным диабетом 2 типа. При этом наиболее часто встречаются абдоминальная (23.08%) и церебральная (26.92%) формы атипичного течения.

Resume. Relevance. Myocardial infarction pre-admission diagnostic is a great problem in a medical aid administering. One of the most common objective cause of this misdiagnosing is abnormal clinical presentation of the disease.

Objectives. Clinical and epidemiological non-typical MI data studying.

Research results. Chart analysis included 52 cases of non-typical MI. Males- 37 (71.15%), median age - 60; females - 15 (28.85%), median age - 56. Depending upon cases of MI in past medical history, probands were divided into three parts: primary MI - 36 (69.23%), secondary MI - 12 (23.08%), recur MI - 3 (5.77%). Through the study group, abdominal form of the MI was in 12 (23.08%) cases, asthmatic form in 10 (19.23%) cases, encephalic form in 14 (26.92%) cases, painless form in 4 (6.41%) cases, arrhythmic form in 4 (6.41%) cases, peripheral form with atypical pain localization 9 (17.95%) cases. The most common focus of necrosis localization was left ventricle posterior wall (44.87%) and combination of localizations (23.08%). Majority of probands was suffered from hypertensive disease (36 - 69.23%), type 2 diabetes mellitus (14 - 26.92%). In 75 % of cases progression of the daisies was complicated by chronic cardiac insufficiency. In such a way non-typical MI form establishment probability is higher in male`s year class of 56-70 years patients with hypertensive disease and type 2 diabetes mellitus during the long-term. In addition to the above, the most common forms of the non-typical MI are abdominal (23.08%) and encephalic (26.92%).

Актуальность проблемы

Качество догоспитальной диагностики инфаркта миокарда (ИМ) остается серьезной проблемой при оказании медицинской помощи пациентам [Янки Ю.М. и др. 1992]. Одной из объективных причин этих ошибок является атипичная клиническая картина заболевания [Сотников А.В. 2007., Янки Ю.М. и др. 1992].

В настоящее время до сих пор не изучена клинико-эпидемиологическая характеристика больных атипичными формами инфаркта миокарда в Белгородской области.



Цель исследования

Изучить клинико-эпидемиологическую характеристику больных атипичными формами инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования

За 2006-2013 гг. в отделении кардиологии Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа был проведен анализ историй болезни 52 больных, находившихся в этот период в стационаре с последующей статистической обработкой.

При анализе форм инфаркта миокарда была использована классификация А.Г. Тетельбаума. Московский профессор А.Г. Тетельбаум предложил классификацию вариантов дебюта данного недуга в книге "Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда". Эту работу автор посвятил "практическим врачам, которые первыми видят больного и должны ставить срочный, ответственный диагноз при отсутствии ещё данных лабораторных и инструментальных исследований". А.Г. Тетельбаум выделил шесть основных типов дебюта инфаркта миокарда: за грудино-болевой (классический тип), астматический, абдоминальный, церебральный, безболевой и комбинированный. [Тетельбаум А.Г. 1960., Хороших О.А. 2013]

Результаты и обсуждение

За 2006-2013 гг. обследованию и лечению подлежало 52 пациента с атипичными формами инфаркта миокарда.

Исследуя формы атипичного клинического течения инфаркта миокарда, мы опирались на клинико-эпидемиологический анализ, проведенный в г. Томске за 1986 и 1996 года в рамках многолетней программы «Регистр острого инфаркта миокарда». По данным этого исследования наиболее часто встречались бессимптомная (15.8 и 26.1% от всех атипичных вариантов соответственно в 1986 и 1996 гг.), астматическая (14.7 и 21%), церебральная (17.3 и 18.5%), периферическая (25.1 и 8.4%) и абдоминальная (18.1 и 11.8%) формы острого инфаркта миокарда.

Проведенный нами анализ историй пациентов с атипичными формами ИМ показал, что среди обследуемых абдоминальная форма атипичного течения отмечалась в 12 (23.08%) случаях, астматическая - в 10 (19.23%), церебральная - в 14 (26.92%), безболевая - в 4 (6.41%), аритмическая - в 4 (6.41%), периферическая с атипичной локализацией боли - в 9 (17.95%).

Из вышеперечисленных данных следует, что процент пациентов с абдоминальной, астматической, периферической и церебральной формами на территории Белгородской области совпадает с процентом этих больных в г. Томске. Принципиально разные данные получены при анализе безболевой формы инфаркта миокарда (15.8 и 26.1% - в г. Томске; 6.41% - в г. Белгороде).

Все обследуемые с инфарктом миокарда распределились следующим образом: первичный - 36 (69.23%), повторный - 12 (23.08%), рецидивирующий - 3 (5.77%).

Жителей из сельской местности было 29 (55.77%), и городской местности 23 (44.23%) человека; мужчин - 37 (71.15%), женщин - 15 (28.85%).

По возрасту обследуемые распределились следующим образом: от 21-35 лет - 3 (5.77%), от 36-55 лет - 18 (34.62%), от 56-75 лет - 23 (44.23%), от 76-90 лет - 8 (15.38%) человек. Анализ литературных данных показал, что основным вариантом течения заболевания у людей моложе 45 лет является ангинозный. У людей 46-60 лет увеличивается частота атипичных форм инфаркта миокарда и их сочетаний с сердечной недостаточностью, повышается число осложнений и вероятность летального исхода, причинами которого в большинстве случаев являются комбинации различных осложнений инфаркта миокарда. [Сотников А.В. 2007., Хороших О.А. 2013]

Из анамнеза у 35 (67.31%) больных имела место гипертоническая болезнь, у 14 (26.92%) - сахарный диабет II типа, у 3 (5.77%) была обнаружена хроническая обструктивная болезнь легких, у 8 (15.38%) - дисциркуляторная энцефалопатия.

Анализ литературных данных показал, что вероятность возникновения атипичной формы инфаркта миокарда, повышается у больных сахарным диабетом. Так в работе кандидата медицинских наук, доцента Рудаковой Л.Е. было отмечено, что течение фатального инфаркта миокарда у больных с СД II типа в 4 раза чаще имеет атипичную форму, чем у лиц без СД [Рудакова Л.Е. и др. 2011]. Французскими учеными было установлено, что у больных сахарным диабетом без ИБС распространенность атипичных форм ИМ составляла около 4%, возрастала до 10% у пациентов с периферической невропатией и до 30% у пациентов с установленным диагнозом ИБС [Paul Valensi et al. 2011].

Наиболее частым расположением очага некроза стали у обследованных пациентов была задняя стенка левого желудочка - 22 (44.87%) и сочетание локализаций - 12 (23.08%). Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка встречался в 5 (9.62%) случаях, боковой стенки левого желудочка - в 4 (6.41%), изолированный инфаркт миокарда верхушки сердца - в 4 (6.41%), инфаркт мио-



карда нижней стенки левого желудочка - в 1 (1.92%), межжелудочковой перегородки - в 3 (5.77%), правого желудочка - в 1 (1.92%) случае.

В 75% инфаркт миокарда развивался с подъемом сегмента ST на ЭКГ, в 25% - без подъема. В 4 (6.41%) случаях отмечалось последующее появление зубца Q, в 48 (93.59%) появление зубца Q не произошло.

При эхокардиографическом исследовании у 22 (42.31%) пациентов наблюдалось снижение систолической функции левого желудочка.

Течение болезни осложнилось в раннем периоде: кардиогенным шоком - в 3 (5.77%) случаях, острой сердечной недостаточностью - в 5 (9.62%). У 42.31% пациентов отмечалось возникновение нарушений ритма и проводимости сердца. Среди поздних осложнений хроническая сердечная недостаточность развилась у 75% больных, аневризма сердца - у 7.5%, тромбоэмболия легочной артерии - у 2%.

Из 52 пациентов 21 (40,38%) наблюдались у участкового терапевта, из них 3 (5.77%) человека получали антиагреганты, антикоагулянты или статины до возникновения инфаркта миокарда.

Большинство больных (45-86.54%) выписаны в удовлетворительном состоянии, летальный исход отмечен в 7 (13.46%) случаях.

Аналогичные данные были получены при исследовании, проведенном в США, в ходе которого обследованию подлежали 94 пациента (60 мужчин и 34 женщины, средний возраст 68.5 +/- 11.5 лет) с острым инфарктом миокарда, для того, чтобы оценить распространенность, клинические особенности атипичных форм ИМ, которые отмечались у 30 из них. Смертность больных с типичной и атипичной формами течения составила 12.5% и 16.7% соответственно [Lusiani L. et al. 1994.].

Рассмотрим подробнее течение атипичных форм инфаркта миокарда у умерших больных. 5 пациентов - лица мужского пола, 2 - женского. В 4 случаях из 7 отмечалась эпигастральная форма инфаркта миокарда, в 3 - церебральная, аритмическая, астматическая. В двух случаях инфаркт миокарда был повторным. У 6 пациентов из 7 отмечалось поражение задней стенки левого желудочка (1 случай - повреждение боковой стенки ЛЖ).

У всех умерших больных течение болезни сопровождалось различной патологией, такой как: ГБ - у 5 пациентов, СД II типа - у 5, нарушения ритма - у 3, ХОБЛ - у 1; и осложнилось отеком легких (в 4 случаях), геморрагическим шоком (в 1), кардиогенным шоком (в 1 случае).

Выводы

Таким образом, вероятность развития атипичной формы инфаркта миокарда повышена у лиц мужского пола возрастной группы от 56-70 лет, длительно страдающих гипертонической болезнью или сахарным диабетом 2 типа. При этом наиболее часто встречаются абдоминальная (23.08%) и церебральная (26.92%) формы атипичного течения.

Список литературы References

- Сотников А.В. 2007. Диссертация на тему Клиническая характеристика и особенности течения инфаркта миокарда у лиц молодого и среднего возраста.
Sotnikov A.V. 2007. Dissertacija na temu Kliničeskaja harakteristika i osobennosti tečenija infarkta miokarda u lic molodogo i srednego vozrasta (in Russian).
Тетельбаум А.Г. 1960. Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда. М.
Tetel'baum A.G. 1960. Kliničeskie tipy i formy stenokardii i nachala infarkta miokarda. M. (in Russian).
Янки Ю.М. и др. 1992. Догоспитальный этап инфаркта миокарда. Томск.
Janki Ju.M. i dr. 1992. Dogospital'nyj etap infarkta miokarda. Tomsk (in Russian).
Хороших О.А. 2013. Атипичные варианты инфаркта миокарда. Клинический случай редкой формы острого коронарного синдрома с периферическим эквивалентом стенокардии. Ангарск.
Horoshih O.A. 2013. Atipichnye varianty infarkta miokarda. Kliničeskij sluchaj redkoj formy ostrogo koronar-nogo sindroma s periferičeskim jekvivalentom stenokardii. Angarsk (in Russian).
Рудакова Л.Е. и др. 2011. Особенности течения фатального инфаркта миокарда у больных Сахарным диабетом 2 типа.
Rudakova L.E. i dr. 2011. Osobennosti tečenija fatal'nogo infarkta miokarda u bol'nyh Saharnym diabetom 2 ti-pa (in Russian).
Last J.M. 2000. Dictionary of epidemiology. Vol Oxford University Press; New York, NY.
Lusiani L. et al. 1994. Prevalence, clinical features, and acute course of atypical myocardial infarction.
Paul Valensi et al. 2011. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction: A review of the literature.